Ein Fall von totalem Nasenrachen-Verschluss durch Lues maligna.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

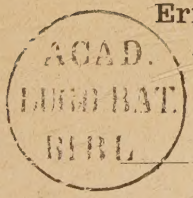
Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Ernst Vallentin,
Arzt aus Berlin.



Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 3. Februar 1905.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Anfang Februar 1903 regte Herr Dr. Max Joseph (Berlin) mein Interesse für einen Fall von totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand an. Derselbe dürfte der Publikation nicht unwert sein.

Der Befund ist selten. Unter ca. 6000 Syphilisfällen erinnert sich Dr. Joseph nur 6 solcher Vorkommnisse.

Unter seinem sehr reichen rhino-laryngologischen Material hat Professor P. Heymann (Berlin) bis 1895 nicht mehr als die 10 in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1895 No. 30 veröffentlichten Fälle gesehen, und laut mündlicher Mitteilung bis zum Jahre 1903 im ganzen nur 13, den hier zu publizierenden eingeschlossen.

Was die **Aetiologie** anlangt so „wird die überwiegende Mehrzahl der Fälle durch Syphilis hervorgerufen" nach B. Fraenkel.[1]) Und zwar ist nach Max Joseph[2]) „häufig die hereditäre Syphilis als ursächliches Moment anzuschuldigen".

Sonst ist es nur noch die tertiäre Lues[3]), welche

---

[1]) Seite 244 in No. 2 des Literatur-Verzeichnisses im Anhang.

[2]) S. 104 von No. 3 d. Lit.-Verz.

[3]) S. 104 von No. 3 d. Lit.-Verz.; s. auch S. 468 von No. 4 d. Lit.-Verz.

„4—5, ja 10 Jahre nach der Infektion, oft gepaart mit gummösen Erscheinungen auf der Haut und den Knochen", jene die totale Verwachsung bedingenden Ulcerationsprozesse im Rachen liefert; niemals sind es die Produkte der sekundären Syphilis.

Unser Fall steht in der Literatur vereinzelt da: es ist eine Syphilis maligna, welche bereits ein Jahr und zehn Monate nach der Infektion den totalen Verschluss herbeigeführt hat.

Der **Befund** an der 20jährigen Arbeiterin Hewig Sch. war am 29. April 1903 folgender:[1])

Der weiche Gaumen setzt sich unmittelbar auf die hintere Rachenwand fort. In der Mitte sieht man eine strangförmig von oben nach unten ziehende und sich nach unten gabelnde Narbe. An ihrem vorderen Beginn in der Mitte der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen zeigt diese Narbe eine etwas tiefere, aber vollkommen geschlossene Einziehung.

Der hintere Gaumenbogen beiderseits zeigt sich mit der Hinterwand verschmolzen, so dass Grenzen so gut wie nicht wahrzunehmen sind.

Der vordere Gaumenbogen setzt links fast normal an, rechts unter Bildung eines gleichmässigen roten Wulstes, auf dem aber keine weiteren Verfärbungen zu sehen sind.

Von beiden vorderen Gaumenbögen zieht noch eine kleine schwache Schleimhautfalte nach vorn und seitlich,

---

[1]) Die Schilderung hatte Herr Professor P. Heymann auf meine Bitte die grosse Güte, an Hand meiner Fragestellung zu Protokoll zu diktieren. Sie stellt die erste genaue Beschreibung eines solchen Falles dar.

um sich in der Schleimhaut des seitlichen Zungenrandes zu verlieren.

Zwischen beiden Gaumenbogenpaaren sieht man auf beiden Seiten die etwas atrophische, im übrigen aber gut erhaltene Tonsille, die anscheinend in normaler Weise follikulär gebildet ist; in einem Follikel auf der linken Seite sieht man einen eingedickten Eiterpfropf.

Wenn man die Zunge stark herabdrückt, sieht man an der hinteren Rachenwand am Ende der strangförmigen Narbe weitere feine Narbenzüge nach verschiedenen Seiten abgehen.

Die Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand ist eine leidlich symmetrische.

Reste der Uvula sind nicht wahrnehmbar. Die Stellung des weichen Gaumens ist eine nahezu horizontale.

Das laryngoskopische Bild zeigt normale Verhältnisse des Kehlkopfes und des Zungengrundes, an letzterem keine glatte Atrophie.

Die Rhinoskopie zeigt bei der ersten Betrachtung die Nasenwege verlegt durch ein glasiges, schleimig-eitriges Sekret.

Bei der Inspektion zeigt sich nach der Reinigung die Schleimhaut der Nase blass und leicht atrophisch, nirgends Narben oder Ulcerationen aufweisend. Am Septum narium lässt sich nirgends eine Perforationsstelle entdecken, auch die Muscheln sind vollkommen unversehrt; überhaupt bietet das knöcherne Nasengerüst einen so regulären Befund, dass Herr Prof. Heymann dasselbe als „ein schönes Demonstrationsexemplar einer normalen Nase“ bezeichnet.

Dass kein Choanalverschluss besteht, beweist das freie Durchströmen der Spülflüssigkeit aus einem Nasengang in den anderen, ohne dass Perforation besteht.

Ueber die **Entstehungs-Geschichte** machte ich folgende Erhebungen:

Hedwig Sch., ein 22jähriges Mädchen, stammt aus der Ehe eines Gemeindeschullehrers, welche 19 Kinder brachte. Von diesen sind 13 tot. Pat., die Zweitgeborene, ist von den 6 Lebenden die Aelteste; der ihr vorhergehende Bruder starb, 2 Jahre alt, an Brechdurchfall; die 2 nach ihr Geborenen erlagen an Masern. Aborte und Totgeburten gingen ihrer Geburt nicht voraus und folgten ihr nicht unmittelbar.

Von den Lebenden, welche, soweit ich sie sah, sämtlich nur schwache Mittelgrösse und keine robuste Erscheinung besitzen, ist die ebenfalls nur knapp mittelgrosse Patientin die Schwächlichste. Nach Aussage des Vaters, eines mittelgrossen, aber sehr mageren und gracilen Mannes war diese Tochter im Gegensatz zu ihren lebenden Geschwistern von Klein auf krank; sie habe während ihrer ganzen Kindheit immerfort schuppende „skrophulöse“ Ausschläge gehabt, namentlich auf der Kopfhaut und an den Beinen, mit 2 Jahren habe sie „Knochenfrass“ am Fuss gehabt.

Der Vater behauptet, dass weder er noch seine Verwandten an Hautausschlägen oder geschwürigen Prozessen je gelitten hätten; jedoch sei die Mutter gerade wie diese Tochter „mit Skrophulose am Bein behaftet gewesen“, ebenso deren Vater; und ein Bruder von ihr konnte nicht hören.

Pat. habe Masern und Scharlach durchgemacht; mit

9 bis 11 Jahren Lungenentzündungen, mit 14 Jahren Influenza; ferner habe sie immer an Ohrenlaufen gelitten.

19 Jahre alt wurde unsere Kranke nach ihrer bestimmten Angabe genau Weihnachten 1900 infiziert von einem Manne, mit welchem sie sich in ein Verhältnis einliess. In der letzten Januarwoche 1901 stellte sich darauf ein kleines Geschwür am Genitale ein und im Anschluss daran Ausfluss.

Mitte Februar begannen Halsschmerzen, und zugleich brach ein Ausschlag im Gesicht, am Hals und der Streckseite des Vorderarmes und der Hand beiderseits hervor. Auch geschwollene Füsse bekam sie.

Nach 2wöchigem Bestehen dieser Erscheinungen verordnete ihr dann mit Beginn des März 1901 ein Arzt (Dr. Landecker) eine Schmierkur, die sie jedoch nach 4 Einreibungen wieder aufgab, um am 7. März 1901 die Aufnahme in das Städtische Krankenhaus Moabit nachzusuchen.

Herr Geheimrat Renvers hatte die grosse Liebenswürdigkeit, mir die nachgesuchte Erlaubnis zur Benutzung der Journale über den dortigen Aufenthalt gütigst zu erteilen, indem er dabei bemerkte, dass dies einer der schwersten Fälle von Syphilis sei, welche er erlebt habe. Herrn Geheimrat Renvers sei an dieser Stelle mein ehrerbietiger Dank für sein freundliches Entgegenkommen welches es mir ermöglicht, die detaillierte Krankengeschichte mit einer vollkommenen Lückenlosigkeit durchzuführen.

Das Journal berichtet:

Aufnahmenummer 3507. Stat. 35.

Tag der Aufnahme 8. III. 1901.

Diagnose: Lues. Angina syphilitica.

Stat. praes.: Pat. ist von schlechtem Ernährungszustand. Blasse Gesichtsfarbe.

Zirkulationssystem: ohne Befund.

Respirationssystem: ohne Befund.

Digestionssystem: Zunge belegt, Stuhlgang angehalten.

Halsorgane: Tonsillen beiderseits geschwollen, gerötet; die Rötung ist scharf gegen die Umgebung abgesetzt; die medialen Flächen sind in ausgedehntem Umfange ulceriert; grau grünlicher Belag daselbst.

Submaxillar- und Cervicaldrüsen geschwollen.

Abdominalorgane: Milz palpabel.

Nervensystem: ohne Befund.

Urin: frei.

Menses: seit dem 15. Jahre, regelmässig, das letzte Mal ausgeblieben.

Haut: im Gesicht, hauptsächlich an der Stirn sind sehr zahlreiche, stecknadelkopfgrosse rote Knötchen; ebensolche an beiden Händen; hier sitzen sie stellenweise annulär. Brust und Bauch sowie Rücken frei von Ausschlag.

Inguinaldrüsen: stark geschwollen, nicht schmerzhaft.

An beiden grossen Labien mehrere Ulcera; der Grund derselben ist nicht hart; spärliche eitrige Sekretion.

16. III. 01. Bei einmaligem Turnus der Schmierkur ist der Ausschlag im Gesicht und an den Händen vollständig zurückgegangen.

Inguinaldrüsen und Cervicaldrüsen noch geschwollen.

Der Belag an den Tonsillen hat sich teilweise unter Pinselung mit Jod abgestossen. Keine merkurielle Intoxikation.

Appetit gut.

Das Ulcus an den Labien heilt zu.

13. V. 01. Der Prozess im Hals heilte langsam ab. Unter zeitweisen Fieberanfällen, die periodisch wochenlang wiederkehrten, heilte Belag und das auf der hinteren Rachenwand gelegene Ulcus aus. Ebenso war der Ausschlag geschwunden. Nachdem Patientin 14 Tage fieberfrei geblieben war, wurde sie am 13. V. 01 als geheilt entlassen.

Schluckbeschwerden führten sie schon in den nächsten Tagen in die Poliklinik des Prof. Heymann, in dessen Journal sich am 17. V. 01 (also 4 Tage nach jener Entlassung aus dem Krankenhaus) die Eintragung findet: „Schluckbeschwerden, Lues pharyngis. Keine Plaques mehr", und der sie 2 Tage später wegen fieberhafter Erkrankung wieder ins Moabiter Krankenhaus schickte. Auch hatte sie damals eine schmerzhafte geschwollene Drüse unter dem Arm; angeblich auch geschwollene Füsse. Dieser zweitmalige Aufenthalt im Moabiter Krankenhause fesselte sie daselbst 1 Jahr und 2 Monate; das Journal berichtet:

Tag der Aufnahme: 20. V. 01.

Diagnose: Lues. Perforatio septi narium. Perforatio palati duri.

Therapie: Schmierkur. Injektionskur mit Hydrarg. bichlorat. Ricordsche Lösung. Zittmannsches Decoct.

Status: Auffallend blasse abgemagerte Patientin.

Am Nacken einige braunrote, flache linsenförmige Flecke.

Auf beiden Tonsillen 5 Pfennigstück-grosse Ulcera.

Schleimhaut des Gaumens gerötet.

Submaxillar-, Cubital-, Cervical-, Inguinaldrüsen gegeschwollen, hart, indolent.

Lungen: Grenzen normal, überall reines Vesiculäratmen.

Herz: Grenzen normal, Töne rein und regelmässig.

Abdominalorgane: ohne Befund.

Urin: Frei von Zucker und Eiweiss.

Status nervosus: ohne Befund.

Therapie: es wird mit der Patientin eine Schmierkur 3 gr pro die begonnen.

Da Mitte Juni (also nach 22 Einreibungen) eine sehr starke Stomatitis mercurialis sich einstellt, wird die Schmierkur unterbrochen. Patientin erhält Jodkali innerlich und schwitzt jeden 2. Tag.

25. VI. 01. Die Ulcera auf den Tonsillen weniger belegt; neues stark schmierig belegtes Ulcus an der hinteren Pharynxwand.

29. VI. 01. Nach Behandlung mit 20%iger Chromsäurelösung wesentliche Besserung der Ulcera an der hinteren Rachenwand. Es ist ein neues Ulcus an dem Septum narium aufgetreten, das rasch zerfällt.

15. VIII. 01. Trotz Ausspritzen der Nase mit dünner Hydrogen. peroxydat-Lösung Perforation des Nasenseptum eingetreten. Starker Foetor des Nasensekretes nach mazeriertem Knochen.

Intermitierendes Fieber.

Innere Organe: Geringe diffuse Bronchitis.

30. VIII. 01. Neues Ulcus an der Grenze des harten und weichen Gaumens.

8. IX. 01. Schneller Zerfall des Ulcus. Der Knochen liegt am hinteren Teil des harten Gaumens frei. Nasenperforationsöffnung zeigt gut gereinigte Ränder.

25. IX. 01. Status idem.

3. X. 01. Perforation des harten Gaumens.

15. X. 01. Abstossung einiger nekrotischer Knochensplitter aus der Nase. Seit Ende September Kur mit Hydrargyr. bichlorat.-Injektionen. Jetzt Stomatitis. Deshalb Aussetzen der Kur.

20. XII. 01. Patientin erhält täglich 20 ccm 10% Jodipin. Jeden 2. Tag Schwitzen.

28. XII. 01. Gummi an dem rechten Stirnbein. Patientin fühlt sich sehr matt. Abendliche Temperatursteigerungen bis auf 39° bei morgendlicher normaler Temperatur.

15. I. 02. Ulcus des Septum narium. Mund des harten Gaumens gereinigt. Starker Foetor ex ore et naribus.

30. I. 02. Zittmannsches Decoct. Protahierte Schwitzkur.

20. II. 02. Status idem.

28. II. 02. Neue Plaques auf der Schleimhaut des weichen Gaumens und der Pharynxwand.

15. III. 02. Patientin steht auf.

15. IV. 02. Starke Anschwellung der Submaxillardrüsen und Inguinaldrüsen. Neue Eruption von Ulcera.

20. V. 02. Patientin geht umher. Jetzt erhält sie wieder Jodipin.

15. VI. 02. Status idem.

1. VII. 02. Drüsen abgeschwollen.

22. VII. 02. Es besteht Anschwellung der Cubital-, Inguinal-, Cervical-, Submaxillardrüsen; Perforation des harten Gaumens und des weichen Gaumens mit gereinigten Rändern, ebenfalls des Septum narium.

23. VII. 02. Gebessert entlassen.

Mit diesem Befunde kam die Patientin nun in die ambulante Behandlung des Dr. Joseph und bekam zunächst Jodkali.

Dieser Zeitpunkt stellt den Beginn einer längeren Zeit relativer Ruhe und eines milderen Charakters der noch folgenden Neueruptionen vor, welche nur in Form von Papeln in den Mundwinkeln auftraten.

Da bemerkte die Kranke Anfang November 02 plötzlich eines Abends, dass sie ihre Nase nicht schnauben konnte. Sie ging zu Dr. Kuttner, wo sie geätzt wurde.

Dies war der Moment der vollzogenen Verwachsung des Nasenrachendurchganges, welche Tatsache am 29. Dezember 02 der zur spezialistischen Beratung herangezogene Dr. Ernst Cohn mit den Worten konstatierte: „Frische narbige Retraktion der Tonsillen und des weichen Gaumens sowie Verwachsung des Gaumens mit der Pharynxwand, wodurch die hintere Nase nach dem Pharynx zu abgeschlossen, und dem Nasensekret der Abfluss nach hinten verlegt ist. Auch auf beiden Trommelfellen, namentlich dem linken, handelt es sich (wohl um luische) Granulationen.“

Als dem Verfasser im Februar 1903 die Hedwig Sch. zum ersten Male von Dr. Joseph vorgestelllt wurde, zeigte dieselbe ausser dem mit glatter, spiegelnder blasser Schleimhaut überzogenen bereits geschilderten abnormen

Rachensitus am ganzen Körper keinerlei spezifische Erscheinungen: weder am Knochensystem, wobei besonders auch auf die Sterno-clavicular-Gelenke und die Schienbeine geachtet wurde, noch auf der Haut. Auf Letzterer war kein Exanthem, auch kein Leukoderma vorhanden; an den Genitalien keine Condylome noch Ulcerationen; ausser einigen skrophulösen Submaxillardrüsen erschienen die übrigen Drüsen des Körpers normal.

2 Monate später, am 19. IV. 03 bestand im linken Mundwinkel ein linsenbreiter ca 1 cm langer Papelstreifen mit Rhagade im Mundwinkel, sonst keinerlei Erscheinungen; der Rachen-Nasen-Status der auf meine Bitte 10 Tage später von Herrn Prof. Heymann gegebenen oben mitgeteilten Schilderung entsprechend.

Ueberblicken wir die vorgetragene Krankheitsgeschichte, so ergibt sich, dass in diesem Falle die Lues sich gleich von Anfang an als gummöse Ulceration im Halse lokalisierte und diese Lokalisation inne hielt unter immer neuen periodischen Nachschüben am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand während einer ununterbrochenen Dauer von 1 Jahr und $8^1/_2$ Monaten, um mit dem Erlöschen dieser akuten Periode der Krankheit den totalen Rachenverschluss nach sich zu ziehen.

Durch diesen schon im Frühstadium: 6—7 Wochen nach der Infektion einsetzenden gummösen Prozess, der von Fieber und weiterhin von gummösen Prozessen an einigen anderen Lokalisationen begleitet ist, unterscheidet sich dieser Fall von der gewöhnlichen Syphilis.

Einige andere Abweichungen vom gewöhnlichen Verlaufe seien hier noch hervorgehoben:

Ausser der ungewöhnlich langen ersten Eruptionsperiode von 1 Jahr 8½ Monaten tritt noch hervor eine grosse Widerstandsfähigkeit gegen therapeutische Gegenwirkungen:

Die Eruptionsperiode wird durch die gewöhnliche Dosis der Therapie: eine 30zählige Inunctionskur nicht wie gewöhnlich unterbrochen; auch durch eine gleich darauf (6 Wochen später) angeschlossene von 22 Inunctionen nicht; es kommt darnach sogar zu neuen, noch schwereren Manifestationen (zerfallendes Ulcus des Septum narium).

Dazu kommt drittens die schnelle Aufeinanderfolge neuer Efflorescenzen (Geschwüre an den Tonsillen, dem Pharynx, dem Septum narium);

ferner der abweichende Charakter des Frühexanthems und überhaupt der Hautbeteiligung:
Diese Abweichung betrifft die Form (Knötchenform statt der Roseola).

Die Lokalisation (ausschliesslich an Händen und Gesicht), und die Anordnung (Ringform).

Fehlen der Condylomatose.

Ganz besonders aber sind hervorzuheben fünftens die recidivierenden Fieberanfälle, der Milztumor und die hochgradige Consumption des Gesamtorganismus.

Diese Charakteristica genügen, um unseren Fall als **Lues maligna** zu bezeichnen.

Er entspricht nicht der von Neisser[1]) gegebenen Definition der Lues gravis, mit welcher er bezeichnet:

---

[1]) Lit.-Verz. No. 5.

„jede durch die Lokalisation der Syphilis in lebenswichtigen Organen oder durch hinzutretende Complikationen mit anderen Dyskrasieen und Krankheiten Gefahr bringende evtl. tötliche syphilitische Erkrankung."

Er entspricht aber dem zuerst von Neisser abgegrenzten Begriff der „Lues maligna" als „qualitativ eigenartige bösartige Syphilis". Freilich weicht er von der Syphilisform, welche Neisser als Prototyp der Lues maligna beschreibt, in einem Punkte ab, nämlich in dem von Neisser verlangten vierten Kennzeichen: „zahlreiche, unregelmässige, grosspustulöse Formen und Ulcerationen (Rupia- oder Ekthyma-Formen)." Im Gegenteil fehlen alle schweren Formen auf der Haut gänzlich, dafür spielen sie sich aber in entsprechender Weise in der Nasen-Rachenschleimhaut ab. Alle übrigen Kennzeichen aber weist er auf; ausser durch das eben genannte der Häufung von Ulcerationen charakterisiert sich nämlich die Lues maligna Neissers noch:

1. „Durch ihre hochgradigen, von der Intoxication herstammenden allgemeinen Erscheinungen; dahin würden gehören: Fieber, Anämie, Kachexie, Abmagerung, Schlaflosigkeit, Schmerzen, wie Kopf-, Gelenk-, Muskel-Schmerzen und, was allerdings selten der Fall ist, epileptische Formen, Anfälle, Paresen, vorübergehende Bewegungs- und Coordinationsstörungen;

2. durch ihr frühes Auftreten, nämlich 3—6 Monate nach der Infektion;

3. durch ihre Neigung zu Recidiven"; endlich führt er noch die mangelnde Heilung oder gar Verschlimmerung der Prozesse durch Hg und I an.

Ich habe nun noch das Verhalten der mit der Nase

und dem Rachen zusammenhängenden **Funktionen** unter dem Bestande der totalen Occlusion geprüft und kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Der Schlingakt:

Die Patientin gibt an, keinerlei Schluckbeschwerden zu haben und sowohl flüssige als harte und weiche Nahrung so gut wie früher herunter zu bringen.

2. Die Atmung:

Patientin ist durch die totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand auf permanente Mundatmung angewiesen.

Im Gegensatz zu der Schilderung von G. Schmidt[1]) verhält sich die Patientin bezüglich der Toleranz gegen den Zustand der Mundatmung der Mehrzahl solcher Fälle entsprechend[2]):

Weder unmittelbar nach Eintritt des Verschlusses noch späterhin erwuchsen ihr aus der permanenten Mundatmung irgend welche Beschwerden; weder beim Laufen noch auch Nachts im Schlafe; auch litt sie nicht an Katarrhen der Atmungsorgane. Es zeigte sich auch die Mundschleimhaut durchaus nicht ausgetrocknet und rissig, sondern von normaler Feuchtigkeit.

Die Mundatmung selbst vollbringt sie genau wie die von B. Fraenkel[3]) geschilderte Patientin P. Heymanns von 1881 „mit ausserordentlicher Kunstfertigkeit". „Sie öffnet den Mund anscheinend nur in der Mitte, und zwar nur eben so viel, als nötig ist, um Luft einzusaugen und wieder von sich auszustossen, und schliesst dann in der

[1]) S. 11 von No. 6 d. Lit.-Verz.

[2]) Siehe auch S. 458 von No. 4 d. Lit.-Verz., ferner die Diskussionsredner in No. 7 d. Lit.-Verz.

[3]) S. 389ff. in No. 7 d. Lit.-Verz.

Respirationspause den Mund, so dass sie wieder diejenigen Muskeln entlastet, die den Unterkiefer zu tragen haben."

3. Das Schnarchen.

Patientin hat schon vor dem Bestehen der Verwachsung immer geschnarcht. Sie schnarcht seit dem Bestehen der totalen Verwachsung noch viel mehr, wiewohl ihr ein im Atmungsstrom flottierendes Velum palat. und Uvula fehlt.

Sie schnarcht über den Zungengrund.

4. Das Schneuzen:

Die Unmöglichkeit, das in der Nase angesammelte Sekret durch Schnauben zu entfernen, bildete (analog P. Heymanns Erfahrungen)[1] die Hauptbelästigung der Patientin. Sie klagt, dass sie sich habe angewöhnen müssen, Abends ihr Kopflager mit Taschentüchern zu bedecken, um die Besudelung des Kopfkissens durch die grossen während der Nacht aus der Nase laufenden Sekretmengen nach Möglichkeit zu verhüten. Am Tage laufe die Nase nicht kontinuierlich, sondern das Sekret sammle sich in der Nase an, und in bestimmten grösseren Zeitabständen, etwa 3 mal am Tage, „laufe die Nase über". Patientin kennt diese Tageszeiten schon und habe sich gewöhnt, diesem unangenehmen Ereignis durch Entleerung der Nase zuvorzukommen.

Zu letzterem Zwecke bedient sie sich folgenden Verfahrens:

„Durch inneres Pressen" befördert sie den hinten

---

[1]) S. 459 von No. 4 d. Lit.-Verz.

in der Nase angestauten Inhalt nach vorn und neigt dann den Kopf vorn über und macht eigentümliche Schüttelbewegungen, bis das Sekret herausfliesst, genau wie das P. Heymann (S. 459, Lit.-Verz. No. 4) von anderen gleichartigen Fällen beschreibt.

5. Die Sprache:

zeigt im Ganzen keine hochgradigen Störungen.

a) Die Vokale zeigen eine gewisse Abwandlung des Klanges, aus welcher sich zwei Elemente durch das Gehör herausanalysieren lassen:

1. Eine Schädigung der Klangfarbe: der Ton ist um den Mitklang der Nase ärmer;

2. Das Hinzukommen eines „Blählautes“: durch den positiven hohen Luftdruck, der bei der Lautbildung durch den Exspirationsstoss im Munde geschaffen wird, wird das randfixierte Gaumensegel passiv plötzlich in den Nasenrachen hinaufgewölbt. Dies gibt den Sprachlauten einen Blählaut bei.

b) Unter den Konsonanten werden auch b, p, d, t mit solchem Blählaut gesprochen.

f, p, w, b, s, sch, l, Zungen-r werden ohne Abweichung von der Norm hervorgebracht.

Statt des m wird ein b mit anschliessendem langgezogenem Blählaut,

statt des n ein d mit anschliessendem langgezogenen Blählaut produziert.

k wurde tadellos herausgebracht, g zu hart (dem k genähert);

j, das weiche ch („zechen“) und das harte ch („lachen“) kamen vollkommen normal.

Statt des Uvular-r sprach sie ein hartes ch.

6. Der Geruch:

Patientin gab an, das Geruchsvermögen seit dem Gaumenverschluss verloren zu haben, sie rieche gar nichts mehr.

Die verschiedenartigsten ihr vorgehaltenen stark riechenden Stoffe: Vanillin, Käse, Zwiebel, Menthol, Carbol, Alkohol, Jodoform, Tabaksrauch wurden von ihr nicht wahrgenommen.

Wurde ihr aber mit diesen Riechstoffen sowie mit Baldriantinktur, Ammoniak, Aether beladene Luft künstlich in die Nase eingeblasen, so roch sie dieselben; und zwar war die Riechempfindung in der linken Nasenhälfte intensiver als rechts.

Benzin wurde beim Entflecken eines Kleidungsstückes, und stark parfümierte Seife beim Waschen des Naseneinganges einen Augenblick spontan gerochen.

7. Das Niesen:

Entgegen P. Heymanns Annahme und Beobachtungen[1]) gab unsere Patientin wiederholt an, geniest zu haben und beschrieb dies auf Befragen so: „Ich fühle den Reiz in der Nase und prusche zum Munde heraus.“ Experimentell gelang es mir (entgegen P. Heymann, S. 460 Bd. II d. Handb. d. Rhinol.) durch leichtes Hin- und Hergleiten mit einem mit Peru-Balsam beladenen Sondenknopf auf verschiedenen Stellen der inneren Nasenwände, mehrmals hintereinander eine Reflexaction auszulösen, welche Pat. als Niesen empfand, und die sich auch äusserlich nur wenig von der physiologischen Erscheinungsart des Niesens unterschied: Pat. erhob den

[1]) S. 406 in No. 4 d. Lit.-Verz.

Kopf nach hinten, wobei sie den Mund etwas weiter öffnete, während das Gesicht bei Inspirationsstellung einen abwartenden Ausdruck annahm, bis plötzlich mit Beginn der explosiven Exspiration Kopf und Oberkörper nach vorn geworfen, die Lippen krampfhaft aufeinander gepresst wurden, und dieser Verschluss sofort wieder unter Hervorbringung eines „P"-lautes gesprengt wurde, auf dem ein längerer „Sch"-laut folgte, unter dem die herausgeschleuderte Exspirationsluft ihren Weg durch die noch immer geschlossene Zahn-Zungen-barrière nahm.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht, an dieser Stelle meinen Dank abzutragen: Herrn Dr. Max Joseph für die Ueberlassung dieses Falles und Herrn Professor Heymann für seine gütige betreffenden Ortes gekennzeichnete Unterstützung der Arbeit.

Verzeichnis der herangezogenen Literatur.

1. P. Heymann, „Ueber Verwachsungen und Verengerungen im Rachen und Kehlkopf infolge von Lues.“ Deutsche med. Woch.-Schr. 1895, No. 30.
2. B. Fraenkel, „Pharynxkrankheiten“ in Eulenburgs Real-Encyklopädie. S. 244.
3. Max Joseph, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 3. Aufl. 1901.
4. P. Heymann, Handbuch der Laryngologie und der Rhinologie. Bd. II.
5. Artikel von Neisser in der Münchener med. Woch.-Schr. No. 40, 1896.
6. C. Schmidt, „Die Verwachsungen im Rachen und ihre Behandlung.“ Düsseldorf 1896.
7. Berl. klin. Woch.-Schr. Jahrgang 1882, S. 389.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Vallentin, geboren am 16. Mai 1869 in Berlin, Sohn des Kaufmanns Gustav Vallentin daselbst, erzogen im mosaischen Glaubensbekenntnis, verdankt seine wissenschaftliche Vorbildung dem Kantonsgymnasium zu Luzern (Sshweiz) und dem Friedrich-Werderschen Gymnasium zu Berlin, welches er Michaeli 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um Medizin zu studieren.

Mit Ausnahme des dem Tentamen physicum — bestanden am 4. Mai 1892 — folgenden Semesters, in welchem er die Universität Freiburg in Baden bezog, verlebte er seine ganze Studienzeit in Berlin.

Hier wandte er sich aus besonderer Vorliebe zunächst mit seinem Hauptinteresse den allgemein philosophischen Fächern zu und hörte neben den naturwissenschaftlichen Disziplinen die Vorlesungen der Professoren Paulsen, Ebbinghaus, Dilthey.

Nachdem er mit Vollendung des ärztlichen Staatsexamens am 20. Dezember 1901 seinen äusseren Studiengang beendet, übte er die ärztliche Praxis zunächst als Assistenzarzt und seit dem 1. Oktober 1903 selbständig in Berlin.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Dozenten:

in Berlin:

Ascherson, v. Bergmann, Brieger, Broesicke, du Bois-Reymond, Ewald, A. Fraenkel, Gerhardt, P. Guttmann, Hartmann, v. Hofmann, O. Hertwig, Max Joseph, Kossel, Kundt, Lewin, Liebreich, Mendel, Olshausen, Preyer, Rubner, Schlange, Schoeler, Eilhard Schulze, Schweigger, Schwendener, Senator, Silex, Hans Virchow, Rudolf Virchow, Waldeyer, Winter;

in Freiburg:

Baeumler, Kraske, Reinhold, Ritschl, Ziegler.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt er an dieser Stelle aufrichtigsten Dank.